Univ. Exchange NOV 22 1927
Lane Medical Library

CLINIQUES DU Dr ROLLIER, LEYSIN

L'HÉLIOTHÉRAPIE DU LUPUS TUBERCULEUX

ET DE QUELQUES DERMATOSES PARATUBERCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MAX WIDMER

MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
ASSISTANT DU Dr ROLLIER

LAUSANNE
IMPRIMERIE LA CONCORDE
1927

L'HÉLIOTHÉRAPIE DU LUPUS TUBERCULEUX

ET DE QUELQUES DERMATOSES PARATUBERCULEUSES

CLINIQUES DU Dr ROLLIER, LEYSIN

L'HÉLIOTHÉRAPIE
DU
LUPUS TUBERCULEUX
ET DE QUELQUES DERMATOSES
PARATUBERCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MAX WIDMER

MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
ASSISTANT DU Dr ROLLIER

LAUSANNE
IMPRIMERIE LA CONCORDE
1927

La faculté de médecine de l'Université de Lausanne, sans se prononcer sur les opinions du candidat et ensuite des rapports favorables de MM. les professeurs Ramel et Rosselet, autorise l'impression de la thèse intitulée : *L'héliothérapie du lupus vulgaire et de quelques dermatoses paratuberculeuses*, présentée par M. Max Widmer, pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 8 juillet, 1927.

Le Doyen :
Prof. J. Gonin.

INTRODUCTION

Parmi les affections cutanées à pronostic grave du fait de leur durée, les difficultés thérapeutiques qu'elles présentent et leur tendance aux mutilations, il convient de citer en tout premier lieu le lupus tuberculeux.

Quoique le bacille de Koch, localisé dans les placards lupiques, témoigne d'une virulence atténuée, il ne trouve pas moins dans les tissus superficiels des conditions biologiques qui lui permettent de subsister, de déterminer des lésions à tendance extensive et de récidiver fréquemment au sein même des cicatrices.

Si les méthodes chimiques et chirurgicales gardent encore leur valeur dans certains cas particuliers, la photothérapie inaugurée par Finsen est venue combler une lacune dans le traitement des tuberculoses cutanées et a marqué une réelle étape dans la thérapeutique de ces affections. Dès lors des quantités d'appareils ont été construits, à principe plus ou moins heureux, s'écartant cependant bien souvent de l'idée du maître.

Il est bon toutefois de souligner que, si Finsen utilisait de préférence la lumière artificielle à Copenhague, où le soleil est rare, il avait pressenti la valeur de l'héliothérapie à l'altitude en écrivant ces lignes que cite le Dr Rollier dans sa « Communication au Congrès international de la Tuberculose à Paris, en octobre 1905 » :

« Que l'on n'oublie pas de considérer, quand il s'agira de la construction d'un Institut photothérapique ou pour un Sanatorium pour lupiques, qu'il serait fort avantageux qu'il soit construit à l'altitude. Sans parler de l'importance économique du fait que la lumière électrique pourrait être remplacée par celle du soleil, on y obtiendrait, grâce à l'augmentation de l'intensité chimique de la radiation solaire, des effets beaucoup plus avantageux qu'en plaine ».

C'est ensuite à Bernhard de Samaden et à Rollier de Leysin que revient le mérite d'avoir appliqué aux lupiques le traitement hélioalpin, Bernhard préconisant l'insolation locale et Rollier le bain de soleil général.

Rollier signala, dès le début de son activité, l'action remarquable du soleil sur la peau qui est un organe. non seulement de protection et de nutrition, mais de circulation et d'innervation, dont le rôle vital a été trop longtemps méconnu. Replacée au contact direct de l'air et du soleil, elle se ranime, se reconstitue et récupère ses multiples fonctions physiologiques.

Dans une communication présentée au Congrès international de Physiothérapie à Rome en 1907, ce dernier insiste aussi sur le fait que la pigmentation fournit à la peau une résistance particulière ; elle protège le corps contre la pénétration des germes, contre les atteintes du froid, accélère la cicatrisation des plaies, confère aux téguments une sorte d'immunité contre les dermatoses microbiennes.

« A l'occasion d'une épidémie de varicelle importée par un malade de la plaine, écrit-il, nous avons constaté que tous les malades arrivés récemment étaient contaminés. Chez ceux de nos malades, encore porteurs d'appareils plâtrés (avant 1907) l'éruption en ces endroits était floride alors qu'elle s'arrêtait nettement au bord de la pigmentation ».

Dans la statistique du même travail, le Dr Rollier note la guérison (entre 1903 et 1906) de 4 cas de tuberculides par l'héliothérapie.

Mais c'est surtout dans le traitement du lupus, si souvent rebelle à toute thérapeutique. que les résultats de la cure hélio-alpine se sont avérés particulièrement favorables. Les cas envoyés à Leysin le furent, en général, en désespoir de cause, cas très graves, tentant ainsi l'ultime chance de guérison.

Nous relevons dans les statistiques antérieures :

16 cas de lupus et tuberculides traités à Leysin de 1903 à 1913 (Dr Rollier « La Cure de Soleil ») : 13 guérisons, 3 améliorations.

16 cas de lupus de 1913 à 1922 (Dr G. Mathieu « L'importance des résultats obtenus par l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement de la Tuberculose et spécialement de la Tuberculose chirurgicale ») : 10 guérisons, 5 améliorations, un état stationnaire.

Dès lors, le nombre de ces malades s'est rapidement accru et nous notons 54 lupiques soignés depuis 1923.

Nous avons consigné, au cours de ces deux dernières années, une dizaine de cas, ceux-là seulement que nous avons traités ou suivis nous-même depuis notre entrée dans un service du Dr Rollier, en 1925. Nous avons pensé que les observations détaillées de ces cas et les résultats obtenus par une méthode encore peu répandue méritaient d'être signalés et que nous ferions œuvre utile en exposant les avantages de l'héliothérapie d'altitude dans le traitement des lupus.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance au Dr Rollier pour la sollicitude qu'il nous a constamment témoignée et à remercier ses assistants qui nous ont très obligeamment fait bénéficier de leur expérience.

TECHNIQUE

Quel que soit le foyer tuberculeux que l'on se propose de traiter, l'exposition au soleil se fait selon une technique toujours la même, fixée par le Dr Rollier.

La posologie est basée sur des faits d'observation et constitue la manière la plus rationnelle d'instituer une cure de soleil. Des séances courtes au début, progressivement augmentées, en exposant premièrement les extrémités inférieures, ont l'avantage de graduer la pigmentation et de ne point congestionner les foyers.

Dans le lupus de la face, il convient d'être particulièrement prudent : après avoir insolé, suivant la technique habituelle, les pieds et les jambes et être arrivé, par une lente progression au torse, puis à la face, on insolera les lésions lupiques très graduellement en prenant soin d'éviter les réactions trop violentes qui pourraient compromettre le résultat de la cure.

Suivant l'état des parties atteintes et les réactions constatées, on augmentera peu à peu la durée des séances d'insolation ou on les interrompra momentanément pour les reprendre en les abrégeant.

Il pourra être utile, si les lésions sont très avancées ou sensibles, de protéger la tête de la lumière solaire directe au moyen d'un jeu d'écrans qui ne laissera arriver que la lumière diffuse.

Au début, l'héliothérapie fut pratiquée avec des lentilles de quartz au travers desquelles passait un courant d'eau. Cette méthode a été rapidement abandonnée pour l'application pure et simple de la radiation solaire.

Tous les malades dont l'observation suit, ont subi localement, beaucoup moins d'heures d'insolation que sur le reste du corps. (Nous pouvons exprimer la durée moyenne de l'insolation locale comparée à celle de l'irradiation générale par le rapport de 1 à 3.) L'expérience montre qu'il n'y a pas à attendre de progrès plus rapides par des séances plus prolongées qui ne seraient du reste pas sans danger.

On évitera d'insoler un lupique trop longtemps immobile ou placé devant une surface qui, en réfléchissant les rayons caloriques, pourrait déterminer chez le malade de la congestion, des céphalées, des vertiges, etc...

Le bain de soleil est pris, en général, pendant les premières heures de la matinée. L'après-midi, nous autorisons les malades à faire des promenades à pied, pendant lesquelles le lupique continue à bénéficier du soleil sans avoir à craindre de congestion de la face, la marche facilitant la circulation.

La fréquence des localisations muqueuses, accompagnant le lupus cutané, est grande. Il y a tout avantage à pratiquer l'insolation des muqueuses. Les régions que les rayons peuvent atteindre directement (lèvres, gencives, palais, face interne des joues) sont exposées sans l'aide de dispositif spécial.

Pour les cavités nasales, le larynx et les conduits auditifs, on se sert d'écarteurs et de réflecteurs.

La technique est donc fort simple.

Le lupus de la muqueuse nasale entraîne souvent une obstruction des voies lacrymales. Des infections secondaires des sacs lacrymaux sont fréquentes dans ces cas ; un traitement spécial est alors nécessaire pour

perméabiliser les canaux ; des injections de solutions désinfectantes par l'orifice lacrymal améliorent rapidement l'état de ces voies d'excrétion.

Les adjuvants du traitement local sont peu nombreux : les compresses d'eau salée, appliquées après l'insolation, semblent avoir une influence favorable dans l'assouplissement des tissus et la résorption de certaines infiltrations.

L'ignipuncture n'est pratiquée qu'exceptionnellement.

D'une manière générale, les onguents, quels que soient leurs constituants, ne sont pas employés.

Comme alimentation, le Dr Rollier prescrit en général un régime à prédominence lacto-fructo-végétarienne ; il recommande aux lupiques qui font de l'héliothérapie d'éviter l'alimentation carnée, l'alcool, le tabac, etc...

OBSERVATION N° 1.

Mrs L. R. (Anglaise). Née le 2. 1. 1879. Entrée le 11. 12. 23.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Très forte rougeole à 3 ans. A eu des ganglions cervicaux. *La maladie actuelle* débute vers l'âge de 15 ans, par une tache rouge située au milieu de la joue gauche, tache de la grosseur d'une pièce d'un centime, à centre jaune, exactement comme un furoncle. Un médecin consulté pense à de l'eczéma et institue un traitement pendant lequel la lésion augmente, en trois semaines, jusqu'au diamètre d'une pièce d'un franc.

La lésion reste stationnaire pendant plusieurs années, ressemblant à une tache de psoriasis, le centre ayant l'aspect d'une peau normale, la périphérie est rouge et croûtelleuse. On pratique des cautérisations avec des acides et des scarifications qui aggravent plutôt la lésion. Les cautérisations sont répétées périodiquement chaque année. Cinq ans environ après le début de la maladie, on fait de la radiothéraphie qui provoque des brûlures ; puis on essaie la Finsenthérapie : légère amélioration. En 1910 la malade part pour la Nouvelle-Zélande où l'on entreprend un traitement à la neige carbonique : violentes douleurs, prostration et point d'amélioration. Pendant

la guerre le lupus s'étend mais la malade ne se soigne pas jusqu'en 1919. Un spécialiste fait alors des injections(?) intramusculaires, considérant la maladie comme n'étant pas un lupus uniquement mais mitigée de lèpre. Pendant ce temps la maladie s'étend rapidement à l'épaule, au bras, derrière les oreilles. En 1920, on diagnostique une lésion pulmonaire torpide. On reprend cette même année la Finsenthérapie jusqu'en novembre 1921. Retour de la malade en Angleterre ; dès lors pas de traitement spécial. Il y a dix-huit mois, le lupus a fortement suppuré sur toute la face.

Status local : La face entière est envahie par les lésions lupiques. Le front est la partie la moins altérée et la plus récemment atteinte.

Les cheveux sont tombés partiellement dans la région frontopariétale que la malade recouvre d'un postiche. Cette région alopécique est le siège de nombreux éléments isolés ayant en moyenne les dimensions d'une lentille ou parfois seulement d'une grosse tête d'épingle. Ils sont surélevés, rouges, à bords diffus et leur sommet recouvert d'une croûtelle jaunâtre ; ils forment, à mesure qu'ils se rapprochent des arcades sourcillières, des plaques plus grandes par confluence de plusieurs éléments, formant alors des taches irrégulières, en général en lignes sinueuses plutôt qu'en gros placards ; les sourcils ont absolument disparu et les arcades sourcillières paraissent, de ce fait, à peu près nivelées.

En arrivant aux orbites, les destructions deviennent très étendues ; les paupières n'existent à peu près plus, la malade garde les yeux continuellement ouverts, les larmes ruisselant sur les joues, et l'effort pour clore les yeux laisse néanmoins une fente de 5 mm, les globes oculaires étant en sursum vergens.

A l'œil droit, la paupière inférieure ectropionnée, sur-

tout vers l'extérieur, forme une large tache rouge de 1,5 cm de large ; la paupière supérieure est réduite à un liseré rouge.

A l'œil gauche, les mêmes lésions sont un peu plus marquées, l'ectropion de la paupière étant complet. La muqueuse conjonctivale paraît indemne de lésions lupiques nettes. Iris, cornée normaux.

Toutefois, la caroncule lacrymale gauche montre, sous la muqueuse, un semis de granulations jaunâtres punctiformes et l'ectropion de la paupière inférieure droite présente en un point, large comme un centime, une surface plus sèche, granuleuse, un peu suspecte.

Le nez est à peu près détruit ; l'arête du nez a tout au plus deux centimètres et de profil, le nez forme une petite saillie en angle obtus, haute de 1 cm au plus, dans laquelle les narines très rétrécies s'ouvrent comme deux orifices en entonnoir, ouverts non plus en bas mais en avant ; l'orifice même laisserait tout juste passer une plume d'oie tant il est obstrué de croûtes jaunes, sèches. La malade dit moucher un peu de pus. Le nez même est recouvert d'une peau rouge, tendue, cicatricielle, avec des croûtelles blanchâtres, adhérentes en leur centre, décollées sur leurs bords.

Les lèvres forment deux larges bourrelets peu saillants, peu mobiles comme si la face avait été fendue transversalement d'une simple fissure, sans modelé.

La muqueuse labiale est, par places, bourrelée, mamelonnée, ailleurs striée de sillons minces, et à part un petit point jaune sur la muqueuse de la lèvre supérieure, à la limite de la cavité buccale à deux centimètres de la commissure gauche, on ne constate pas de lésions apparemment actives.

Les joues présentent une peau cicatricielle, en partie blanchâtre, en partie marbrée de rouge un peu violacé, formant des dessins fort irréguliers ; la peau est, par

places, lisse, brillante, ailleurs mamelonnée. En outre dans les triangles compris de chaque côté entre le rebord du maxillaire, l'oreille, le bord inférieur de l'orbite et la pommette, sont de grosses croûtes jaunâtres, irrégulières, sèches. D'autres dont les dimensions atteignent un peu plus que le diamètre d'une lentille, présentent une teinte brunâtre. Sous le menton, les croûtes ont des dimensions plus considérables encore.

La malade présente encore des lésions derrière l'oreille droite ressemblant passablement au psoriasis, et derrière l'oreille gauche, les lésions commencent dans le sillon rétroauriculaire, formant un croissant épais de 1,5 à 2 cms. En outre le pavillon de l'oreille est lui même atteint, la seule région indemne allant du tubercule de Darwin au tragus, le lobule, la partie postérieure du pavillon et la conque étant pris. Grosses lésions croûteuses dans la région sus-hyoïdienne.

La malade porte encore une lésion dans le dos, formant une ellipse de 8 cms sur 4 cms, tout à fait psoriasiforme quoiqu'un peu plus rouge framboise, couverte de croûtes un peu plus jaunâtres. Cette lésion est dans un triangle formé par la colonne vertébrale entre la 7^{me} cervicale et la 3^{me} dorsale, le bord du trapèze et l'épine de l'omoplate.

Une petite lésion est visible sur l'avant bras droit, face dorsale, côté radial, à 4 travers de doigt de l'articulation radio-carpienne, ovalaire, mesurant 1,5×1 cm, surélevée, mamelonnée et un peu croûtelleuse.

Quelques ganglions cervicaux un peu augmentés, surtout les cervicaux inférieurs gauches ; pas d'autres ganglions notables. Autres organes s. p.

Traitement: Aération aussi prolongée que possible. Insolation progressive.

Juin 1924. Sclérose progressive des foyers. Assèche-

ment des régions suintantes. Les surfaces croûteuses purulentes se sont bien détergées. La lésion psoriasiforme occupant la partie supérieure du dos a diminué considérablement de dimensions. Les surfaces ulcérées se cicatrisent progressivement.

Décembre 1924. Toutes les lésions lupiques (face, cuir chevelu, membres) se sont améliorées au cours de ces derniers mois. Leurs limites se précisent, la rougeur diminue, l'épithélisation s'étend. Sur l'œil droit, à gauche en bas, on note une opacité cornéenne, cette membrane mal protégée s'est desquamée en ce point ; mais il n'y a pas d'infection profonde. (Lavages répétés, protection de l'œil contre les poussières.)

Février 1925. Amélioration constante des différentes localisations. En particulier le placard dorsal est complètement cicatrisé (aspect chéloïdien). La lésion de l'avant bras droit est également guérie.

L'épidermisation se produit activement sur les ectropions palpébraux ; la congestion des conjonctives a sensiblement diminué. Le larmoiement est aussi beaucoup moins intense.

On constate une repousse assez vigoureuse des cils et des sourcils en des endroits qui en étaient jusqu'alors totalement dépourvus.

Novembre 1925. Les lésions faciales sont, actuellement, toutes cicatrisées et l'aspect parcheminé des téguments se corrige ; les cicatrices s'assouplissent peu à peu et tendent à se libérer des plans profonds.

Les surfaces éversées des paupières sont couvertes de granulations saines et l'épithélisation se poursuit lentement.

1925/26. La malade passe tout l'hiver à Leysin pour assurer une guérison complète de ses lésions, car elle

pense se soumettre à une opération plastique pour corriger les ectropions palpébraux.

Les différents placards se maintiennent, pendant cette fin de cure dans leur état de guérison clinique et l'aspect des cicatrices paraît s'améliorer encore au cours des derniers mois.

Avril 1926. Une petite croûtelle se remarque encore sur la joue gauche. Elle disparaît au début de mai, laissant une surface ne se différenciant guère des téguments voisins.

Le 3 juin 1926. La malade quitte Leysin. Son poids a augmenté de 10 kgs pendant sa cure.

Note. Le spécialiste qui a pratiqué les plastiques, au retour de la malade en Angleterre, nous a informés de leur plein succès. Il a été frappé de la souplesse des tissus situés sous les cicatrices et il en attribue le fait au traitement héliothérapique qui n'a pas déterminé de fibrose profonde.

OBSERVATION N° 2.

Frau G. S. (Allemande), Née le 1. 9. 1895. Entrée le 6 avril 1925.

Anamnèse: Un frère mort de Tbc laryngée. Rien à signaler dans les antécédents personnels. Mariée en 1921, pas d'enfants.

Au printemps 1920, la malade remarque un petit nodule dur dans l'épaisseur des tissus de la joue droite. On fait une séance de radiothérapie, probablement très forte ; la peau se violace, le nodule vient s'ouvrir à la

OBSERVATION Nº 1.
Photo du 18. XII. 23.

OBSERVATION Nº I.
Photo du 20. VI. 26.

surface ; en même temps il se produit une très forte réaction des tissus environnants : toute la joue enfle, les ganglions sous maxillaires et cervicaux également ; la malade ne peut presque plus avaler. Les ganglions sous maxillaires font à chaque séance de radiothérapie une forte réaction. Ces ganglions guérissent en 6 mois environ. Ensuite les ganglions cervicaux grossissent beaucoup, jusqu'au volume d'un poing, s'ouvrent successivement et se guérissent par la lampe de quartz.

Il n'y a qu'un an que les autres placards lupiques se développent à la face ; d'abord sous l'œil droit puis au nez.

En juillet 1924, début de tuberculose du pied droit, puis pendant l'automne 1924 se développent une lésion cutanée présternale, une tbc costale, des lésions des articulations sacro-iliaques, et enfin en dernier lieu, à Noël 1924, une tuberculose du genou droit.

La malade a maigri, l'an dernier, de 9 kgs. Elle ne tousse ni ne crache. A été soignée pendant quelque temps, au début de 1925, par un onguent à l'acide pyrogallique.

Analyses du sang normales. Wa négatif.

Status local: La malade présente plusieurs placards lupiques disposés à peu près symétriquement sur la face. Leurs dimensions varient de la surface unguéale du pouce à celles d'une grande amande. Leurs limites sont assez franches.

Deux de ces placards sont situés au dessous des rebords orbitaires ; deux autres occupent les joues, celui de droite ayant été traité antérieurement par les R. X. et les cautérisations, est en grande partie cicatrisé.

Deux lésions sont au voisinage des commissures labiales et deux autres occupent les ailes du nez, la pointe étant relativement indemne bien que la peau soit très congestive à ce niveau.

Au voisinage des oreilles, au niveau des lobules, on constate des cicatrices de lésions lupiques traitées antérieurement.

Toutes les lésions en activité présentent les mêmes caractères : ce sont des ulcérations recouvertes de croûtes épaisses et grasses, gris verdâtre ; les croûtes tombées laissent sourdre un pus abondant très vert.

Yeux : Du côté droit, légère dacryocystite, mais les larmes passent encore par le nez. Caroncule un peu injectée.

Nez : Perforation du septum ; la malade mouche des croûtes, mais pas d'écoulement en arrière des choanes dans le pharynx.

Bouche : Toute la gencive au dessus des canines et incisives supérieures est mamelonnée, injectée, mais sans point blanc et sans suppuration actuellement.

Cou : Plusieurs cicatrices d'anciennes adénites ou lésions périostales, en avant du sternocléidomastoïdien gauche et sur l'articulation sternoclaviculaire droite.

Mars 1926. Au début de sa cure la malade présentant un peu d'éréthisme vis à vis du soleil, l'insolation du visage n'est commencée que quelques semaines plus tard.

Au cours de ces onze mois de cure, toutes les localisations tuberculeuses dont est atteinte cette malade ont une tendance très marquée à l'amélioration.

En ce qui concerne les téguments, les lésions lupiques sont en régression, les plaques sont moins étendues, les croûtes moins épaisses, la suppuration tarit progressivement.

Cet aspect commun à la plupart des placards diffère cependant pour deux d'entre eux :

Sous l'œil gauche, les croûtes étant tombées, la sécrétion purulente cesse et les bords portent un liseré bleu-

âtre d'épithélisation récente, le centre étant recouvert de petites élevures, assez fermes, comme des papillomes, non sensibles à la palpation.

Le placard situé en pleine joue gauche, ovalaire, de grandes dimensions, est la lésion d'apparence la plus active encore. La malade éprouve une tension des téguments en ce point. La sécrétion de pus assez abondante, se concrète rapidement en croûtes épaisses, la périphérie est érythémateuse, l'épidermisation encore lente.

La lésion située sur la joue droite, qui, au status d'entrée paraissait déjà en bonne voie de guérison, est complètement cicatrisée. Les localisations cervicales, présternales et sternoclaviculaires sont guéries.

La gencive supérieure, au-dessus des incisives et des canines est exulcérée et porte de petits points jaunes. La muqueuse a un aspect vernissé.

Voies lacrymales partiellement obstruées.

Août 1926. Lésion sous orbitaire droite, tout à fait cicatrisée, plane, avec légère bordure érythémateuse.

Sur le placard au voisinage de la commissure droite des lèvres, les croûtes sont tombées ; quelques squames occupent la cicatrice ; le bord inférieur présente encore deux granulations au milieu de petites ulcérations.

Les ailes du nez sont encore le siège d'ulcérations superficielles, recouvertes de croûtes, mais moins épaisses et moins étendues qu'au dernier status. Pointe du nez encore très rouge.

Ulcération de la sous cloison guérie. Orifices narinaires plus larges. Cicatrisation complète du placard lupique situé sous le rebord orbitaire gauche. Les élevures papillomateuses sont tombées, la cicatrice est tout à fait plane ; érythème périphérique d'un ½ mm.

La lésion de la joue gauche est complètement guérie

aussi. Elle présente également à sa limite une légère rougeur.

La gencive supérieure a repris son aspect normal.

Sur l'articulation sternoclaviculaire persiste une petite ulcération, sécrétant un peu de pus.

Octobre 1926. Toutes les lésions faciales et cervicales sont actuellement des cicatrices planes, souples, peu apparentes.

Seules les ailes du nez sont encore légèrement infiltrées et rouges avec formation de croûtelles.

Au point de vue des foyers osseux, l'évolution est favorable également. Cependant il est nécessaire que la cure se poursuive encore quelques mois.

La malade a eu, au cours de l'été, une pyélonéphrite nécessitant une intervention chirurgicale et un séjour de plusieurs semaines dans une clinique, en plaine. La cicatrisation des foyers osseux aussi bien que cutanés en a, sans doute, été retardée.

OBSERVATION N° 3.

Miss D. D. (Anglaise). Née en 1897. Entrée le 26. 5. 25.

Anamnèse: Pas de tuberculose dans sa famille mais mortalité infantile élevée, attribuable à des conditions d'hygiène très défectueuses. A l'âge de 11 ans, tuméfaction des ganglions sous mentonniers. Ces ganglions sont excisés ; quelques semaines plus tard, nouvelle poussée ganglionnaire, nouvelle incision. Dès lors apparaissent sur les cicatrices opératoires des manifestations lupiques qui sont curettées à différentes reprises. Malgré les interventions, la lésion s'étend constamment. Trois

ans après le début de l'affection cutanée, des injections de tuberculine sont pratiquées qui ne produisent aucune amélioration. Puis, application de différents onguents, sans succès apparent. Nouveaux curettages. Il y a quatre ans, çautérisation à l'acide nitrique, et, ces deux dernières années, traitement homœopathique qui, assure la malade, améliore l'état général mais reste localement sans effet. Un médecin de Londres conseille récemment un traitement héliothérapique.

Status. Malade maigre. Téguments pâles. Muqueuses bien colorées ; quelques petits ganglions cervicaux. Poumons s. p.

Les téguments de la face et de la partie supérieure du cou sont très altérés : une lésion en bande, large de 2,5 cms s'étend du lobule de l'oreille gauche à la région sus-hyoïdienne, dépassant de quelques centimètres la ligne médiane.

La lésion présente, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, une bifurcation qui s'étend dans la direction du sillon naso génien.

A droite, au-devant de l'oreille, se trouve une lésion lupique en îlot de 2 sur 1 cm. Au dessous, dans la partie supérieure du cou, cicatrice opératoire (de ganglions) de 1,5 cm.

Sur toutes ces lésions, se remarquent des formations croûteuses, très épaisses par endroit, plus minces ailleurs, adhérentes aux plans sous-jacents. Les lésions récentes, à la périphérie des placards, présentent une secrétion séro-purulente tandis que le centre est en grande partie cicatriciel. La peau avoisinant les foyers est modérément rouge.

Quelques ganglions : un mastoïdien, comme un pois et de tout petits sur les bords postérieurs des stérno cléido mastoïdiens.

Septembre 1925. Amélioration très manifeste. Pigmentation très prononcée des téguments. Au visage, l'aspect a complètement changé. Le placard, au-devant de l'oreille droite est parfaitement cicatrisé, la cicatrice encore rouge.

Au menton, une cicatrice assez épaisse et gaufrée remplace la lésion ulcéro croûteuse du début. Les grosses croûtes de la joue gauche et sur le bord du maxillaire inférieur sont tombées et à leur place, apparaissent des granulations saines. Sur les bords, la cicatrisation est également très active.

Pendant quelques semaines, un ganglion derrière l'oreille gauche se tuméfie, atteint le volume d'une cerise, puis diminue de nouveau, la secrétion sur la joue gauche augmentant pendant que la glande se résorbe.

Mars 1926. Guérison du lupus de la joue. Il y a encore un peu de congestion périphérique, surtout dans le voisinage du lobule de l'oreille. Les cicatrices sont apparentes, irrégulières de surface et dans le milieu surtout, très pigmentées.

Un lupus étendu de la muqueuse nasale, avec atrophie et destruction partielle des cornets est diagnostiqué au début de la cure à Leysin. Les voies lacrymales sont partiellement obstruées ; il y a dacryocystite bilatérale.

Le spécialiste (Dr de Reynier) traite cette localisation par des cautérisations et une insolation locale est pratiquée au moyen d'un écarteur et d'un réflecteur.

Cette localisation exige plus de temps à se scléroser que le lupus du visage.

Cependant, en Novembre 1926, la malade quitte Leysin guérie cliniquement de tous ses foyers lupiques.

Cette malade a été présentée par le Dr de Reynier à la Société suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie à sa séance annuelle à Leysin, le 26 juin 1926.

OBSERVATION N° III.
Photo d'arrivée.

OBSERVATION Nº III.
Photo du 30. VI. 26.

OBSERVATION N° 4.

Mlle M. S. (Suissesse). Née le 2. 7. 1903. Entrée le 28. 6. 1924.

Anamnèse: Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et familiaux ; maladies d'enfance. Très forte jusqu'à l'âge de 13 ans. En 1916, la malade contracte une laryngite tuberculeuse. Traitement à l'hôpital de l'Ile à Berne, pendant 7 mois. Au début, impossibilité complète de parler à haute voix. Après le traitement la voix revient peu à peu.

En 1920, début du lupus à la commissure gauche des lèvres par un petit placard de la grosseur d'un sou. Application d'une pommade, pas d'amélioration. En 1922, le lupus s'étend progressivement, d'abord au pourtour des lèvres puis dans le sillon naso-génien et plus tard seulement à la joue gauche.

En 1924, le lupus atteint le cou.

Coïncidant avec le début de la laryngite, se développent deux foyers lupiques sur les jambes. A gauche le foyer est cautérisé, récidive rapide. A droite, opéré avec bon résultat.

Status. Jeune fille forte. Etat général assez bon. Respiration légèrement diminuée au sommet droit. Petits ganglions sous-maxillaires, goître.

Larynx: Voix rauque, basse, faible.

Expression anxieuse : la malade cache son visage jusqu'à la hauteur des yeux par un linge !

A l'inspection, la plus grande partie de la figure est ulcérée ou recouverte de croûtes.

Le nez, la joue gauche, le pourtour des lèvres et le menton forment une vaste surface ulcérée, sur laquelle on distingue, par endroits, des élevures, sur d'autres

places des ulcérations à bords sous-minés et saignants. Les yeux sont libres, mais les vaisseaux conjonctivaux sont fortement injectés. Narines obstruées de croûtes, secrétion nasale abondante. Sur le front, un peu à gauche de la ligne médiane, juste à la bordure du cuir chevelu, un placard de la grosseur d'une pièce d'un franc, présentant un aspect ulcéro-croûteux. A ce foyer, seulement, deux tubercules typiques ; ailleurs, ils sont inapparents.

Sous le menton, dans le pli du cou, à gauche, s'étend une traînée sur une longueur de 10 cms, large de 5 mms, surélevée en bordure, présentant en plusieurs endroits des zones ulcérées.

Gencives intactes.

Sur la jambe gauche, gros placard de 6 sur 4 cms, à surface rouge, granuleuse et croûteuse. A droite, grande cicatrice lisse.

Fin août 1924. Amélioration considérable ; les ulcérations se guérissent rapidement, la cicatrisation est très active. Actuellement il n'y a que quelques petites ulcérations autour des lèvres, suintantes et saignant facilement.

Sur la jambe gauche, l'ulcération est en guérison.

L'état général de la malade est très amélioré, le moral transformé.

Juin 1925. L'état général se maintient excellent. Cicatrisation complète du placard cervical et de celui du front. Autour des lèvres, surface lisse. Il persiste encore sur le nez et les joues quelques points actifs présentant des tubercules isolés.

Janvier 1926. Les différentes lésions sont proches de la guérison clinique ; on constate cependant quelques tubercules isolés insuffisamment sclérosés dans la région cervicale. Ils sont cautérisés avant le départ de la malade.

OBSERVATION Nº IV.
Photo du 2. VII. 24.

OBSERVATION Nº IV.
Photo du 22. III. 26.

OBSERVATION N° 5.

Miss M. C. (Anglaise). Née en 1886. Entrée le 8. 9. 1924.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Anamnèse de l'affection actuelle. En mars 1917, apparaît un petit nodule rouge, chaud, sensible, sur l'aile droite du nez. En juin, cette formation ne disparaissant pas, la malade consulte un spécialiste qui diagnostique un lupus vulgaire et entreprend immédiatement une série de cautérisations très rapprochées jusqu'en septembre.

D'octobre à décembre 1917, neuf séances de radiothérapie de sept minutes chacune. Il se produisit une amélioration sensible. En 1918 les cautérisations sont reprises, nombreuses, de nouveaux nodules étant apparus au voisinage de la lésion primitive.

En 1919, interruption du traitement local, prescription de toniques.

De 1920 à 1923, on se borne à quelques cautérisations (à l'acide carbolique), la maladie pendant cette période ayant présenté très peu de tendance à l'extension.

En automne 1923, assez subitement, tout le nez se tuméfie, devient sensible, avec sensations de brûlures vives. Le traitement aux rayons X est repris de février 1924 à mai (6 séances de 7 minutes). En mai 1924, après une nouvelle cautérisation, se forme sur l'aile droite du nez, au voisinage de son bord libre et de la pointe, une ulcération lenticulaire qui ne tarde pas à perforer tous les tissus, établissant ainsi une communication avec la cavité nasale. Le spécialiste, considérant le caractère rebelle de l'affection, propose une cure à Leysin.

Status d'arrivée. Lésion pulmonaire droite discrète.

Les lésions lupiques sont localisées sur le nez. Elles recouvrent entièrement les ailes et présentent une limite assez nette, à deux centimètres de la pointe du nez.

Ces lésions sont érythémateuses, recouvertes de croûtelles jaunâtres. La lèvre supérieure est légèrement mamelonnée mais la muqueuse est indemne.

Au voisinage du bord libre de la narine droite, se trouve une petite cavité arrondie, régulière, des dimensions d'une lentille.

Wa négatif.

Novembre 1924. Toutes les formations lupiques sont en voie de sclérose ; assèchement des ulcérations.

Des lésions de même nature, dont le début ne peut être précisé par la malade, sont reconnues sur la muqueuse du palais dur ; elles avaient été considérées comme un décubitus de la prothèse dentaire. Le palais est alors longuement exposé au soleil et des thermocautérisations superficielles sont répétées dix fois.

Août 1925. Toutes les taches sont bien cicatrisées, peu apparentes. Une télangiectasie linéaire traverse le petit placard cicatriciel localisé sur l'arête du nez, immédiatement en arrière de la pointe. A part la perforation de la narine droite, pour laquelle une petite plastique serait indiquée, le résultat, au point de vue esthétique, est satisfaisant.

La malade travaillant à Leysin après sa cure, nous avons l'occasion de la revoir à fin février 1926 ; elle présente exactement le même status qu'en août 1925. La guérison semble être définitive. On palpe un ganglion dur à l'angle de la mâchoire inférieure gauche.

OBSERVATION N° 6.

A. W. (Anglais). Né le 16. 9. 1910. Entré le 6 mai 1925.

Anamnèse. Pas de Tbc dans sa famille. A l'âge de deux ans aurait eu une péritonite, nature inconnue (?), bien guérie. Rougeole à cinq ans. Entre huit et treize ans, à plusieurs reprises, tuméfaction des deux genoux, disparaissant en une à deux semaines.

A l'âge de trois ans, début de l'affection actuelle, aux deux jambes, simultanément. Chaque nouvelle poussée, survenant deux à trois mois après la précédente, se manifeste sous forme de petites papules jaunâtres, d'un à trois millimètres de diamètre, dures, peu sensibles à la pression, entourées d'une zone d'hyperémie de 2 à 3 mms. En 3 à 5 semaines, ces papules deviennent toujours plus superficielles, s'ulcèrent et sont éliminées sous forme de petites croûtes et de squames périfocales.

Status local. Il reste une cicatrice blanchâtre, centrale, avec une zone d'atrophie luisante de la peau avec telangiectasies et formation chronique de petites pellicules. La peau est devenue ainsi sur toute l'étendue des deux jambes ; il ne reste que de petits îlots de peau normale. Actuellement, il n'y a que trois petites croûtes sur les deux jambes, de 3 à 5 mms de diamètre, provenant de foyers récents. Diagnostic : Lupus nodulaire, ulcéro atrophiant squameux des deux jambes.

Status général. Adénopathie trachéobronchique avec péribronchite, pachypleurite apicale droite. Nombreux ganglions cervicaux et susclaviculaires gauches. Téguments très pâles.

Juin 1925. Les squames disparaissent aux deux tiers supérieurs des deux jambes, en laissant de petits placards

circulaires de peau atrophiée blanche, cicatricielle. Pas de nouveaux nodules.

Août 1925. La peau se pigmente, prend un aspect plus normal, devient turgescente, veloutée, moins luisante. La peau tendue, dure, adhérente au-dessus des malléoles devient plus souple, surtout à droite, plus mobile, ne s'ulcère plus.

Septembre 1925. L'évolution continue, favorable, l'état général est beaucoup amélioré.

Décembre 1925. Aucune efflorescence nouvelle n'est à signaler ; l'infiltration dermique continue à se résorber, il persiste néanmoins un petit placard érythémateux au-dessus de la malléole externe gauche, où la peau tarde à s'assouplir.

Fin janvier 1926. Partout sur les deux jambes, la peau est souple, il persiste ça et là, de petites zones congestives, mais sans grande infiltration et la région sus malléolaire gauche ne présente plus aucune différence essentielle avec les téguments voisins. Cet état de guérison se maintient jusqu'au départ du malade au printemps 1926.

OBSERVATION N° 7.

Mlle G. B., 18 ans. Entrée le 1er. 11. 1925.

Antécédents héréditaires s. p.

Anamnèse. Maladies d'enfance sans gravité.

A l'âge de neuf ans, la malade est opérée à plusieurs reprises (7 à 8 fois) pour des ganglions tuberculeux cervicaux.

Quelques mois après la dernière intervention, apparaissent sur les cicatrices des lésions cutanées dont la nature tuberculeuse n'est pas diagnostiquée et pendant un an, la malade est soignée pour un eczéma. Puis, le diagnostic de lupus établi, un traitement par la lampe de quartz fut prescrit. Malgré des séances nombreuses pratiquées pendant quatre ans, le lupus présente toujours une tendance à l'extension.

Un essai à la tuberculine (injections et « Pondorff » est alors tenté pendant un certain temps ; puis application d'un onguent à l'acide pyrogallique (1921) et ensuite une séance de R. X. Quelques petites ulcérations torpides se formèrent après la séance de radiothérapie.

En 1924, Finsenthérapie. En automne 1925, nouvel essai à l'acide pyrogallique et avec le « Kupferdermasan ».

Finalement, un médecin recommande l'héliothérapie.

Status local. La malade présente un lupus étendu de la face antérieure du cou et du thorax ; les lésions s'arrêtent au bord supérieur du cartilage thyroïde vers en haut, sur les bords postérieurs des sterno-cléido-mastoïdiens latéralement, et se terminent en rectangle, à 5 cms de la base de l'appendice xyphoïde vers en bas, occupant ainsi toute la largeur du sternum.

Les bords ne sont pas très nets, sinueux, et présentent une zone érythémateuse, rouge sombre, large d'un travers de doigt.

Le centre du placard est très atrophique, recouvert de squames épaisses, sèches, se détachant facilement. La peau y est coriace et se laisse difficilement plisser et mobiliser sur les plans sous jacents.

Quelques tubercules se remarquent à droite, à la limite supérieure du placard. Ils présentent à la vitropression l'aspect translucide, jaune trouble caractéristique. Ils sont entourés d'un halo congestif. Les bords

sont légèrement surélevés, mais nulle part ailleurs ne se remarquent de tubercules typiques.

Dans la partie supérieure de la face latérale du cou, se trouve une ulcération ovalaire, peu profonde, recouverte de croûtes adhérentes.

Une lésion de radiodermite large de 5 mms, sillonnée de telangiectasies et pigmentée sur les bords, s'étend d'une épaule à l'autre, en passant au-dessous des limites du placard lupique.

On palpe un petit ganglion adhérent à l'angle de la mâchoire inférieure gauche.

Rien à noter dans le status général.

Mi-mars 1926. Les limites lésionnelles sont inchangées et pratiquement, il y a peu de modifications à noter depuis la date de l'observation. Les squames sèches recouvrant toute la surface du placard sont en légère diminution, ceci surtout sur le côté gauche du cou. Sous les squames, le derme est érythémateux, présentant un épaississement appréciable encore ; les tubercules isolés, signalés dans le status initial, se reconnaissent encore, peu modifiés dans leur aspect. L'ulcération superficielle à droite s'est cicatrisée. Le petit ganglion sous maxillaire gauche a les mêmes caractères que précédemment.

Les téguments sont bien pigmentés, l'état général satisfaisant.

Fin juin 1926. Les squames, sur la plus grande partie du placard sont tombées, découvrant ainsi une aire cutanée légèrement érythémateuse, le derme étant encore infiltré. Néanmoins, la peau est plus mobile, plus souple ; les bords du lupus sont encore recouverts de squames. En plein sternum, une zone cicatricielle, de forme irrégulière, se détache, congestive et sensible au toucher.

Dans l'angle supérieur droit de la lésion, les tubercules sont encore visibles mais moins distincts, peu surélevés.

La radiodermite présente une pigmentation très prononcée.

Début décembre 1926. Disparition complète des squames ; les bords du lupus, légèrement surélevés, larges de 3 à 4 mms, sont rouge-violacés surtout à droite. Une grande surface ovalaire s'est développée dans le placard lupique, s'étendant surtout du côté droit ; elle représente le quart environ de la surface des lésions. En cet endroit, la peau est amincie, assez souple, chagrinée, absolument dépourvue de signes inflammatoires. Ailleurs le derme est encore discrètement infiltré, peu souple.

Le ganglion sous maxillaire paraît bien sclérosé.

Si l'amélioration est évidente, il n'est pas cependant question de guérison complète et un complément de cure de quelques mois encore s'impose dans ce cas.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

L'étiologie tuberculeuse du Lupus érythémateux est toujours difficile à établir. La recherche du B. K. dans les coupes ou par inoculation au cobaye échoue le plus souvent. D'autre part, la structure histologique ne présente pas le tissu tuberculoïde des autres dermatoses bacillaires.

De ses recherches personnelles, Ramel conclut :

a) que le terrain cutané n'est pas fondamentalement modifié dans le lupus érythémateux ;

b) que, à supposer que l'étiologie bacillaire soit en cause, il s'agit d'une modification biologique du B. K. qui perd sa colorabilité par la fuchsine de Ziehl.

Dans un cas de lupus érythémateux aigu exanthématique que Bloch et Ramel ont observé, l'inoculation du sang du sujet érythémato-lupique au cobaye n'a pas déterminé la tuberculose expérimentale habituelle chez cet animal, mais une tuberculose proliférante, sans tendance à la caséification.

Ramel pense que « nous pouvons rapprocher cette dermatose de ces formes non folliculaires de la tuberculose, dont l'existence ne fait aujourd'hui plus de doute. Nous voulons parler entre autres du rhumatisme de Poncet, de certaines cirrhoses et néphrites tuberculeuses, caractérisées par des altérations tissulaires banales sans structure tuberculoïde. La démonstration des B. K. dans les coupes échoue le plus souvent, la nature tuberculeuse de ces affections n'est prouvée que par l'inoculation au cobaye. Notre cas de lupus érythémateux aigu nous montre d'ailleurs l'importance des bacillémies tuberculeuses silencieuses au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, de ces chroniosepsis qui ne sont pas nécessairement liées à l'évolution d'une tuberculose miliaire.

Le lupus érythémateux, dans le cas ou l'étiologie bacillaire s'impose, mérite à notre avis d'être considéré comme une tuberculose non folliculaire, au même titre que le rhumatisme de Poncet.

La tuberculose non folliculaire nous apparaît comme une des formes réactionnelles dont elle-même dispose ; l'organisme dans la lutte contre le B. K. et les recherches en cours sur la tuberculose expérimentale du rat confirment cette manière de voir.

L'infection tuberculeuse chez le rat — animal résistant — est en effet essentiellement une tuberculose non folliculaire, caractérisée par un pouvoir bactéricide élevé. Il est de toute importance de continuer l'étude systématique de cette bacillose non folliculaire, en recherchant

spécialement les conditions de son développement. De la solution de ce problème de pathologie générale dépend sans doute celle du lupus érythémateux ». (Schw. Med. Wochenschrift No. 14, 1925.)

Le traitement par le soleil du lupus érythémateux sera conduit avec la plus grande prudence, cette dermatose présentant un éréthisme particulier et susceptible d'aggravation rapide. Il conviendra également d'être circonspect dans l'interprétation des résultats du traitement.

Le traitement par les sels d'or a donné, à plusieurs reprises, de bons résultats.

D'autre part, dans leur enquête sur « l'état actuel des traitements des Lupus et des tuberculoses cutanées » les rapporteurs, au Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française (Bruxelles, Juillet 1926) concluent que l'indication de choix de la cryothérapie est le lupus érythémateux.

OBSERVATION N° 8.

Miss L. (Anglaise), 35 ans. Entrée le 8 avril 1925.

Anamnèse. Pas de tuberculose dans sa famille. A souffert d'une phlébite il y a cinq ans.

Maladie actuelle: En 1913, la malade remarque sur la pommette gauche, l'apparition d'une tache érythémateuse. Le diagnostic de lupus érythémateux est posé et un traitement à la neige carbonique est institué. Peu après surviennent des lésions de même nature sur le dos du nez. La guérison par les cautérisations fut

rapide. En 1915, de nouvelles taches érythémateuses se forment au pourtour des oreilles et gagnent même les conduits auditifs. La neige carbonique est appliquée à deux reprises mais le traitement cette fois, est inopérant.

Aucune autre thérapeutique n'est essayée ; extension lente des lésions, jusqu'à l'arrivée à Leysin.

Status d'entrée. Etat général bon. Muqueuses bien colorées. Rien à signaler au point de vue pulmonaire.

Dans la région frontale gauche, au voisinage du cuir chevelu, on remarque une cicatrice plane et lisse. Sur la région malaire gauche et sur le dos du nez, également des lésions cicatricielles. Les régions auriculaires, mastoïdiennes et temporales présentent une peau rugueuse, épaissie, desquamante, partiellement fixée aux plans sous jacents. Dans les sillons rétroauriculaires, rhagades suintantes ; on ne peut froncer la peau dans ces régions Les conduits auditifs externes sont aussi atteints : peau érythémateuse recouverte de squames épaisses, blanchâtres, se détachant difficilement et se reformant très rapidement.

Ganglions régionaux non tuméfiés.

Traitement. Le cuir chevelu est rasé dans les régions atteintes de façon à permettre une aération constante et une insolation directe des téguments.

Au début du traitement héliothérapique, conduit très prudemment, on remarque une congestion plus considérable des placards lupiques. Le traitement est néanmoins poursuivi, les séances d'insolation augmentées progressivement. L'état congestif des lésions s'atténue assez rapidement au cours des premiers mois de cure. La peau s'assouplit en même temps, mais l'état squameux persiste encore.

Les rhagades rétroauriculaires sont lentes à se cicatriser. Des thermocautérisations superficielles sont appli-

quées et paraissent activer leur assèchement. Elles sont finalement tout à fait cicatrisées en janvier 1926.

Dès la fin de décembre 1925, de petits îlots se détachent au milieu des lésions, contrastant avec le voisinage par leur aspect cicatriciel, leur surface dépourvue de squames.

Ces îlots s'étendent périphériquement aux dépens des placards lupiques ; ce travail de sclérose se complète dans les mois suivants et finalement, la peau des régions primitivement atteintes est devenue souple, facilement plissable, sans érythème ni squames.

L'infiltration et la desquamation persistèrent quelques semaines de plus sur le cuir chevelu ; quelques applications à l'huile de cade à 2 % furent efficaces.

Toute congestion et desquamation ont disparu dans les conduits auditifs, au moment où la malade quitte Leysin. (Juillet 1926). Pas de déglabration sur le cuir chevelu.

OBSERVATION N° 9.

M. J. H. (Anglais), 21 ans. Entré le 9. 9. 1925.

Anamnèse. Jusqu'en 1918 très bien portant.

Pendant l'hiver 1918-1919, grippe. Immédiatement après, il contracte la rougeole, puis les oreillons.

A cette époque, une tache rouge se forme, au bas du visage, prenant l'aspect d'un furoncle qui, malgré le traitement, fut très longue à guérir.

En 1920-1921, le malade remarque deux taches brunâtres au dessus de l'arcade sourcillière gauche. En peu de temps tout le visage se couvrit de taches semblables et plusieurs traitements furent entrepris.

13 applications de R. X. à Dublin. De 1922 jusqu'à janvier 1925, cryothérapie.

Status du 10 septembre 1925. Status général s. p. Pirquet 0.

Lupus érythémateux étendu à toute la face, ne laissant que quelques îlots de peau saine sur le nez et les oreilles. Congestion intense et formation de croûtes épaisses, sans ulcérations. La peau est tendue, l'épiderme épaissi. Pas d'infiltration profonde.

Efflorescences diffuses, sans infiltration sur le thorax. Rougeur étendue, grande comme une paume de main, sur le cuir chevelu, avec croûtes épaisses et déglabration totale.

11 novembre 1925. Wa négatif.

Traitement au « Tryphal », régulier ; les injections ne produisent jamais de réaction et paraissent améliorer l'affection cutanée.

Avril 1926. Le lupus a évolué très favorablement. Les joues ne présentent aucune croûte ni ulcération. Peau cicatricielle, lisse, épaissie, légèrement tendue, avec de nombreux vaisseaux ectasiés. Par place, îlots de peau normale.

Nez. Rares croûtelles en bon progrès.

Oreilles. Rares petites fissures et croûtelles au bord des oreilles.

Paupières. Epaissies, surtout à droite. Conjonctivite double, avec une ou deux granulations jaunes, surélevées de la grosseur d'une tête d'épingle, sans hypérémie concentrique.

Cuir chevelu. Croûtes complètement disparues ; les cheveux repoussent assez nombreux.

Bon état général.

La malade quitte Leysin en mai 1926.

PSORIASIS ET ACNÉ

Ces dermatoses ne rentrent point à vrai dire dans le cadre primitif de notre travail. Cependant, il nous a paru intéressant d'en rapporter ici trois cas, dont le traitement par le soleil fut très favorable.

Le Dr Rollier a eu souvent l'occasion d'observer le psoriasis parmi ses malades, soit qu'il constituât le motif unique de la cure, soit plus souvent évoluant chez des malades atteints de tuberculose.

Bien que le psoriasis ait été appelé le « morbus fortiorum » ses relations avec la tuberculose ont été fréquemment évoquées ; de nombreux auteurs voient dans cette dermatose une dyscrasie de siège essentiellement cutané (Samberg).

Les résultats ont été satisfaisants, en général, et s'il n'existe pas actuellement de moyen radical de guérir le psoriasis, il est constant que ses manifestations cessent aussi longtemps que dure la cure ou plus exactement, tant que le malade reste bien pigmenté.

D'autre part, les éruptions acnéiques, si fréquentes à l'âge de la puberté, s'atténuent beaucoup sur les téguments pigmentés. Il est possible que le pigment confère à l'organisme une immunité relative contre les agents microbiens habituels des folliculites ; en outre, la lumière semble modifier l'état kérosique des téguments qui est à la base de l'acné.

OBSERVATION N° 10.

M. L. (Américain), 50 ans. Entré le 22. 7. 1926.

Anamnèse. Ne signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Il y a 25 ans, formation d'une collection purulente dans la région lombaire droite qui est incisée et draînée (Paranéphrite ?) En 1920, le malade contracte une crise de rhumatisme polyarticulaire subaigu, affectant toutes les articulations y compris la colonne vertébrale. Les attaques se renouvellent dès lors, nombreuses, très variables dans leur intensité.

Dès le début du rhumatisme, se développent des lésions psoriasiques, débutant aux membres par des taches punctiformes, gagnant tout le tronc, le visage et le cuir chevelu, s'agrègent en immenses placards.

Pendant ces six dernières années, tous les moyens thérapeutiques de cette dermatose furent appliqués. (Traitement local par les réducteurs, thérapeutique médicamenteuse et régime.)

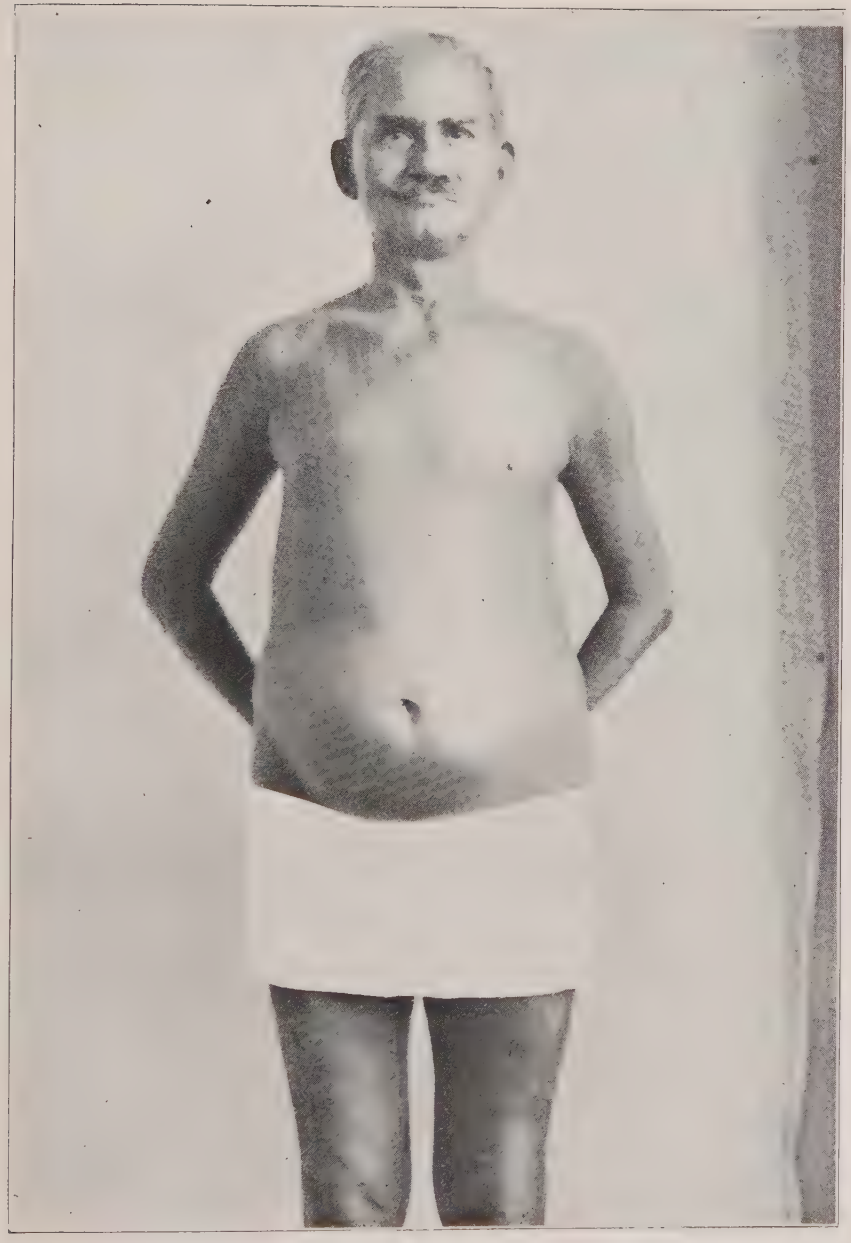
La maladie, procédant par poussées subintrantes, avec tendance à l'extension constante, n'a jamais présenté de périodes d'effacement des lésions qui soient de quelque durée.

L'affection est prurigineuse : le malade recueille chaque matin dans ses draps, une grosse poignée de squames.

Venant en Europe pour son commerce, il se décide à passer quelques semaines à Leysin.

A l'arrivée, nous constatons, à côté d'arthrites multiples à caractère déformant (doigts, genoux) et une ankylose de la colonne vertébrale, des lésions extrêmement étendues

OBSERVATION N° X.
Photo du 31. VII. 26.



OBSERVATION N° X.
Photo du 27. IX. 26.

occupant presque toute la surface des téguments, présentant les caractères typiques du psoriasis. Epaississement discret de la peau. Les ongles sont cannelés verticalement mais ne présentent pas d'usure sur leur bord libre (grattage).

Le visage et le cuir chevelu sont également le siège de lésions psoriasiques prononcées.

Nous instituons un traitement héliothérapique, excluant tout traitement local spécial.

Les productions parakératosiques abondantes se décapent rapidement, le prurit se calme, la congestion des placards s'atténue, la pigmentation de la peau se fait normalement.

A fin septembre, deux mois environ après le début du traitement, la dermatose est effacée, le prurit nul ; les placards forment un contraste peu apparent avec la peau voisine par une légère hyperémie et une fine desquamation pityriasique.

* * *

Nous avons observé, à la même époque, chez une femme de trente-cinq ans, un autre cas de psoriasis dont les premières manifestations remontaient à 1920.

Les lésions localisées aux endroits typiques (cuir chevelu, coudes et genoux), étaient beaucoup moins prononcées que dans le cas précédent.

La malade quitta Leysin après un séjour de 5 mois, l'éruption s'étant effacée sans le secours de topiques ou de médication interne.

OBSERVATION N° 11.

Th. H. (Suisse), 17 ans. Entré le 23. 6. 1926.

Ce jeune homme est envoyé à Leysin pour un soupçon de spondylite lombaire.

Anamnèse. Depuis un an, le malade est atteint d'acné pustuleuse du dos, s'accompagnant de brûlures et de démangeaisons.

Des traitements variés ont été suivis.

Status. Jeune homme grand, pâle, gros, kérosique.

Des moignons des épaules jusqu'au coccyx, la peau du dos est constellée de cicatrices violacées, légèrement déprimées. La congestion s'efface à la pression.

Ces lésions sont de dimensions et de formes les plus variées : punctiformes, comme des têtes d'épingle, lenticulaires ; quelques éléments ovales, de beaucoup plus grande taille. De nombreux éléments récents, constitués par des papulo-pustules, s'intercalent entre les cicatrices ; d'autres, en guérison, avec, en leur centre, une croûtelle qui, par exfoliation, laisse sourdre un peu de pus. Il ne reste ainsi que de tout petits îlots de peau saine.

Peau épaisse, peu souple.

En avant, dans la région médiosternale, quelques éléments de même nature.

Mi-août 1926. Sous la seule influence de l'héliothérapie, la dermatose a fait de grands progrès ; la partie supérieure du dos ne présente plus aucune lésion récente. Quelques papulo-pustules persistent dans la région de la croisée.

Mi-septembre. Guérison complète des lésions acnéiques, la congestion a disparu ainsi que l'infiltration dermique. La peau est bien pigmentée.

Le malade quitte Leysin peu après, le diagnostic de spondylite ne s'étant pas confirmé.

OBSERVATION N° XI.
Photo du 12. VII. 26.

OBSERVATION Nº XI.
Photo du 10. IX. 26.

ACTION BIOLOGIQUE DE LA LUMIÈRE

Pour la majorité des cas observés, les lésions n'ont présenté aucune tendance à l'extension et à l'aggravation. Au contraire, il s'est manifesté rapidement une amélioration qui est déjà sensible après trois mois de traitement héliothérapique.

Dans l'ordre chronologique, le phénomène initial est l'assèchement des ulcérations et la chute des croûtes qui les recouvrent. L'influence desséchante de l'air paraît jouer un rôle essentiel. L'état congestif des foyers s'atténue aussi progressivement et enfin les lupomes disparaissent, par résorption partielle et sclérose. Les cicatrices s'assouplissent et n'ont guère le caractère chéloïdien. L'observation No. 1, où il y eut contrôle chirurgical, en est un exemple.

Pendant les périodes parfois longues, où l'insolation est impossible, nous avons constaté que l'amélioration progressait. L'influence de l'air et les longues expositions à la lumière diffuse semblent donc avoir une influence très favorable.

Cette constatation de l'amélioration des lésions cutanées par la seule exposition à la lumière diffuse trouve son explication dans la belle étude qu'a faite le Dr Rosselet sur le rayonnement lumineux. (Les bases scientifiques de l'héliothérapie Nos 7-9 et 11 de la *Revue suisse de médecine*, 1922).

Les expériences réalisées par cet auteur, corroborées par celles de M. D. Berthelot et Gaudechon ainsi que celles de Dorno de Davos, montrent que la cure solaire doit être pratiquée entre 10 et 14 heures pour que l'action

soit la plus efficace ; c'est à ces heures que le spectre solaire présente son maximum d'étendue et les radiations leur maximum d'intensité.

En hiver, la cure appliquée à ces heures ne comporte ni inconvénients ni dangers ; mais en été, la température est par trop élevée pour permettre une exposition au soleil très prolongée. C'est pourquoi le Dr Rosselet préconise une méthode qui nous paraît très judicieuse pour tous les malades et en particulier pour ceux atteints de lésions superficielles : c'est la cure interrompue. Le malade s'exposera aux rayons lumineux d'une façon intermittente, séparant deux insolations successives par un intervalle de repos à l'ombre.

Etablissant un parallèle entre la thérapeutique solaire et celle par les rayons de Röntgen, l'auteur s'exprime ainsi :

« Il est nécessaire qu'une quantité d'énergie soit accumulée dans l'organisme pour qu'apparaisse l'effet que l'on désirerait obtenir ; elle peut être réalisée par la cure continue comme par la cure discontinue.

» Cette méthode de traitement n'est point la seule dont nous sommes redevables à la météorologie, mais il en est une autre sur laquelle nous avons déjà insisté dans notre cours du semestre d'été 1921 à Genève ; elle réside dans l'importance qu'il y a de se souvenir que le traitement de certaines affections cutanées ne peut être logiquement pratiqué qu'en ayant recours à certaines portions du spectre solaire. Nous pensons surtout aux lésions cutanées : lupus, psoriasis, plaies diverses, fistules, etc... pour la guérison desquelles les radiations ultra-violettes sont les plus efficaces. Or, de même qu'il est incompréhensible depuis les beaux travaux de Finsen, de recourir, dans des cas semblables, aux radiations de grande longueur d'onde des sources lumineuses artificielles, il est illogique de les exposer aux premiers rayons

du soleil d'où sont presque complètement bannies les radiations de courte longueur d'onde ; du moins, leur intensité n'est guère appréciable, en été, que de 9 heures à 15 heures puis en hiver de 11 h. à 13 h. ainsi que l'ont démontré nos expériences personnelles. C'est à ce moment de la journée que sera pratiqué d'une façon discontinue, pour être supportable, le traitement des lésions superficielles au premier rang desquelles il convient de placer le lupus.

» C'est aussi dans ces cas qu'il ne faudra point oublier l'actinicité grande de la lumière diffuse, et recommander aux malades de ne point recouvrir leurs lésions cutanées, mais de les exposer à l'air ou sont diffusées les radiations bleues, violettes et ultra-violettes. »

Ici, du reste, l'individualisation est de rigueur. Il faut tenir compte de l'état général de chaque sujet, de son état local, de sa sensibilité particulière. Il s'agit, avant tout, d'éviter que le malade ne prenne, en même temps que le bain de soleil, un bain d'air chaud qui affaiblit et congestionne. C'est pourquoi l'insolation, au moins pendant la saison chaude, est pratiquée de préférence le matin de bonne heure.

Dans leur travail (Irrtümer der Lichttherapie, 1924) Jesionek et St. Rothman signalent également les dangers d'une insolation trop prolongée chez le malade immobilisé (dépression, amaigrissement, insomnie).

L'effet le plus immédiat mais aussi le plus fugace de la lumière sur la peau est l'érythème cutané. Il est démontré surabondamment que ce ne sont pas les rayons calorifiques, mais bien les rayons chimiques du spectre, violets et ultra-violets, qui déterminent l'érythème solaire.

La pigmentation est un phénomène plus tardif mais aussi plus durable que l'érythème solaire ; ce sont les rayons de courte longueur d'onde qui en déterminent l'apparition.

Il est communément admis que le pigment mélanique est un produit d'élaboration des cellules basales de l'épiderme, ainsi que Bloch l'a démontré.

La substance chromogène, appartenant probablement au groupe de l'adrénaline, n'est pas connue.

Sur des coupes de peau traitées par une solution de dioxyphénylalanine (résumé : Dopa), il se produit, en cas de réaction positive, une coloration brune des couches basales de l'épiderme ; le pigment formé est intracellulaire, disposé en nappes diffuses et sous forme de granulations. La réaction ne se produit pas chez les animaux albinos et dans les cellules d'origine mésodermique.

Il s'agit d'une action fermentative due à une oxydase intracellulaire — le produit de l'oxydation étant la dopamélanine. L'activité de ce ferment est stimulée par la lumière.

Le pigment que l'on remarque dans le derme, accumulé dans les chromatophores serait le fait d'une migration de celui élaboré dans les couches basales de l'épiderme.

Ces chromatophores présideraient à la régulation du métabolisme pigmentaire. (Dr Mathieu).

Les mensurations effectuées par Hasselbach montrent que les radiations de courte longueur d'onde ont un pouvoir peu pénétrant dans les téguments. Si les radiations de la portion la plus réfrangible du spectre sont les plus actives au point de vue biologique, rien ne démontre que les rayons de fréquence plus lente n'interviennent pas favorablement dans l'effet thérapeutique de la lumière.

St. Rothman (de Giessen) estime aussi qu'il est impossible d'affirmer actuellement que les rayons autres que les U. V. soient sans action.

« Au cours de ces dernières années, certains arguments plus au moins concluants ont été avancés en vertu des-

quels la lumière ultra-violette ne serait pas seule à déterminer les effets thérapeutiques de la lumière.

» Comme première preuve, la supériorité thérapeutique du soleil sur les sources artificielles de lumière doit être signalée, car la lumière solaire se différencie de la lumière artificielle, avant tout par la continuité de son spectre, dans lequel, de l'infra-rouge à l'ultra-violet, toutes les longueurs d'onde sont représentées ; par contre, les sources artificielles de lumière, la lampe à vapeur de mercure par exemple, émettent des spectres plus ou moins discontinus, dans lesquels l'ultra-violet prédomine fortement sur la portion visible du spectre. Mais si l'on considère les autres différences entre le bain de soleil et le bain de lumière artificielle, qui a lieu dans une chambre close, on peut douter à bon droit que la seule supériorité ne repose que sur l'action favorable du spectre solaire. Le bain de soleil comporte le séjour en plein air, le corps nu, où, en dehors des rayons lumineux, tous les autres facteurs climatiques jouent indubitablement un rôle essentiel ; par contre les gaz émanant des sources artificielles de lumière sont absolument désavantageux.

» En présence de conditions si différentes, on ne peut sur ce seul criterium — le spectre — établir de comparaison.

. . . . . .

» Si nous attribuons aux rayons U. V. les effets thérapeutiques des bains de lumière, nous touchons à une question difficile qui constitue un point capital de l'étude de la photothérapie. Comment est-il possible que les rayons U. V. qui sont déjà absorbés dans les couches superficielles de la peau puissent produire la guérison d'un organe tuberculeux situé en profondeur ?

» Il est clair que l'action directe de l'énergie radiante

ne peut être en jeu ; mais d'une manière indirecte, les couches cutanées absorbant la lumière, subissent des modifications dont les conséquences peuvent alors devenir efficaces à l'intérieur du corps.

» Les expériences de Jesionek montrent de la façon la plus claire l'action indirecte, Jesionek ayant réussi par des bains de lumière à guérir des foyers lupiques qui, pendant toute la cure, furent recouverts de pansements imperméables à la lumière. En outre les rayons visibles furent aussi supprimés de sorte que les foyers se guérirent sans avoir reçu aucune radiation.

» Au cours des études concernant le mécanisme de l'action indirecte de la lumière, je pus montrer que les bains de soleil et les bains de lumière artificielle conduisent à un état qui, d'après nos connaissances actuelles, correspond à un abaissement du tonus du sympathique. Après les bains de lumière, la glycémie s'abaisse parallèlement à la pression sanguine et la tolérance au sucre est augmentée. Les modifications de la formule sanguine et l'augmentation du calcium dans le sang peuvent être envisagées également dans le même sens.

» Les terminaisons sympathiques cutanées étant les premières à être paralysées par la lumière, la conclusion nous paraît justifiée que l'abaissement du tonus interne ne peut être expliqué mieux que par cette paralysie du sympathique de la peau.

» Le fait qu'avec une pigmentation débutante, le tonus du sympathique abaissé se relève, parle aussi dans ce sens. La couche de pigment dans la peau est plus superficielle que les terminaisons sympathiques de telle sorte que le pigment peut protéger le sympathique d'altérations plus prononcées par la lumière.

» Nous pouvons déduire de ces faits que l'action produite à la peau par les rayons lumineux s'exerce en tout premier lieu sur le système nerveux autonome.

» L'état produit par action de la lumière, rappelle, à maint point de vue, l'insuffisance surrénalienne : pression sanguine abaissée, hypoglycémie, tolérance au sucre augmentée et augmentation de la pigmentabilité. Seulement, l'organe que la lumière affecte n'est pas la surrénale ou le splanchnique mais la peau.

» Plusieurs auteurs ont montré que d'autres excitants cutanés que la lumière peuvent déterminer une action sur le système nerveux végétatif. Mais ce qui différencie la lumière des autres excitants c'est la durée remarquable de son action. L'effet, sur le sympathique, d'une seule irradiation se prolonge plusieurs jours ; l'effet d'une cure régulière s'étend sur des semaines, des mois. Ceci montre la supériorité thérapeutique de la lumière. (Schw. Med. Wochenschrift, No. 6, 1925.) »

Le rôle du pigment a été très discuté.

Certains auteurs lui attribuent un rôle de protection générale (Solger). Se basant sur ses expériences, Rollier pense que des relations existent entre la pigmentation de la peau et une immunité relative contre certaines dermatoses microbiennes. (La Cure de Soleil.)

La présence du pigment en quantité plus abondante aux endroits exposés aux frottements, à la périphérie des cicatrices de furoncles, de tuberculides papulo-nécrotiques et aux régions naturellement en contact avec les produits septiques (périnée) nous en fournit la présomption.

L'observation quotidienne nous montre que le malade qui se pigmente rapidement (en dehors des particularités de son teint) s'améliore plus vite que celui qui a de la difficulté à se bronzer et dont les téguments restent pâles. Dans certains cas, même, cette constatation prend une réelle valeur pronostique.

Si bien souvent, les premiers symptômes de guérison se manifestent quand la pigmentation des téguments

est réalisée, il n'est pas démontré que le pigment en soit la cause. Certains auteurs, au contraire, considèrent la pigmentation comme un phénomène accessoire — indésirable — puisqu'elle s'oppose à la pénétration des rayons de courte longueur d'onde. Elle ne serait qu'un indice cliniquement constatable de phénomènes complexes que la lumière provoque d'une manière indirecte dans l'organisme.

CONCLUSIONS

Le traitement héliothérapique détermine, dans ses effets les plus immédiats, une amélioration incontestable de l'état général.

Dans toute tuberculose, pour obtenir des résultats favorables d'un traitement local, il faut au préalable que l'organisme entier ait été placé dans de bonnes conditions d'hygiène et de défense.

L'intervention chirurgicale, en tuberculose osseuse et articulaire, est souvent à l'origine d'aggravations, soit localement, soit du fait de l'apparition de nouveaux foyers.

C'est un des grands avantages de l'héliothérapie de réaliser dans l'unicité d'un moyen, un traitement complet.

Le climat tonique de l'altitude, la sécheresse de l'air et la pureté de l'atmosphère sont des facteurs adjuvants de la plus haute importance dans le traitement des tuberculeux. La montagne a encore l'avantage sur la plaine de permettre l'insolation pendant les mois d'hiver.

En outre, la discipline de la cure et le contrôle médical constant offrent aux malades les plus grandes chances de guérison. Le traitement prolongé du lupique est indispensable ; en effet le lupus est une maladie dans laquelle il faut lutter longtemps d'un traitement sans interruption pour maîtriser la récidive fréquente.

Un service hospitalier qui soigne policliniquement les lupus n'a pas toujours l'avantage de cette continuité dans le traitement. Combien de malades, aux premiers indices d'amélioration, se soustraient au traitement et ne reviennent que lorsqu'une aggravation est survenue !

Le lupus tuberculeux bénéficie, au même titre que les localisations chirurgicales, de la cure de soleil.

Bien souvent les malades atteints de cette affection sont en bonne santé relative et il est bien compréhensible que la guérison soit recherchée par un moyen moins dispendieux que ne l'est celui d'un long séjour à l'altitude. Aussi bien ne sont-ce que des cas d'une grande torpidité, évoluant d'une lenteur désespérante qui sont envoyés à l'altitude, après l'essai infructueux de nombreuses méthodes, comme le témoigne l'anamnèse de nos malades.

Au point de vue esthétique, les résultats sont aussi favorables qu'on peut l'espérer dans cette grave maladie. Les cicatrices sont souples ; n'ont pas le caractère chéloïdien, exubérant, qui résulte parfois de l'intervention chirurgicale (cautérisations profondes, curettages, ablation.)

C'est à la nature qu'est laissé le soin de guérir les lésions constituées, en épargnant les tissus sains.

Si le lupus est une manifestation plus bénigne qu'une tuberculose osseuse ou viscérale, sa localisation la plus fréquente à la face crée néanmoins un état d'infériorité du malade qui en est atteint ; le public non éclairé en attribue volontiers la nature à la syphilis et le malade peut souffrir gravement dans ses intérêts. Notons encore que c'est chez la femme que le lupus est le plus fréquent. Cette localisation fait donc envisager une fois de plus toute la gravité du problème social de la tuberculose.

L'état psychique des malades, très éprouvé par la chronicité de l'affection, s'est amélioré rapidement avec les progrès de la guérison et par la « Cure de Travail »

à laquelle le Dr Rollier tient si expressément ; elle constitue, à son sens, le complément heureux de la cure de soleil en permettant au malade peu fortuné un gain souvent appréciable et en entretenant chez tous l'habitude et le goût du travail.

Nous nous croyons autorisé à conclure que l'héliothérapie, par son application judicieuse, peut et doit être considérée comme une des méthodes les plus efficaces dans la thérapeutique du Lupus Vulgaire.